

# Back from the USA – eine Achterbahnfahrt in Orlando

Bericht vom Wonca World Congress 2004 in Orlando, USA

---

*Bruno Kissling*

*SGAM-Delegierter der Wonca*

---

Es war ein Kongress der Superlative, die grösste Hausärzteszusammenkunft aller Zeiten, mit 7000 TeilnehmerInnen aus den USA und 87 Ländern der ganzen Welt, mit 1200 Präsentationen. Genau genommen waren es zwei Kongresse in einem – der alle drei Jahre stattfindende Weltkongress der Wonca und der Jahreskongress der AAFP (American Academy of Family Physicians); beide im gleichen Kongresszentrum; mit zwei unabhängigen Programmen, die von den Mitgliedern beider Vereinigungen gegenseitig besucht werden konnten. Ich berichte über einige Highlights und Spannungsfelder – und möchte Euch auf eine schwindelerregende Achterbahnfahrt mitnehmen.

## Super ist nicht immer gleich maximal

Das Angebot an Plenarsitzungen, Seminaren, Oral Presentations, Workshops, Vorträgen, Seminaren und Postern war enorm; so gross, dass die meisten Veranstaltungen von nur ganz wenigen KollegInnen besucht wurden. Manchmal waren es gerade 5 bis 10 Personen. Die ModeratorInnen konnten ihre Enttäuschung nicht immer verbergen. Der Plenarsaal war so riesig, dass er selbst bei stattlichem Besuch der ausgezeichneten Referate und Podiumsveranstaltungen nicht annähernd den Eindruck einer guten Besetzung erwecken konnte.

Die Idee, möglichst vielen KollegInnen aus aller Welt Gelegenheit zur Demonstration ihrer oft sehr eindrücklichen Forschungstätigkeit und Aktivitäten zu geben – und sie damit zum Weitermachen zu animieren – steht im Spannungsfeld zu einem zu grossen Angebot von hoher Qualität mit zu wenig Teilnehmern.

Welchen Einfluss die Verführungen von Orlando, die zahllosen Touristenattraktionen und Unterhaltungsparks, auf die aktive Kongressteilnahme gespielt haben könnten, wäre Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten.

*C'était un congrès des superlatifs, la plus grande rencontre des médecins de premier recours de tous les temps, avec 7000 de participants des Etats-Unis et de 87 autres pays, et 1200 présentations. En fait, il s'agissait de deux congrès en un seul, le congrès mondial annuel de la Wonca qui a lieu tous les trois ans et le congrès annuel de l'AAFP (American Academy of Family Physicians). Ces deux congrès, qui se tenaient dans le même centre, avaient des programmes indépendants, mais que pouvaient mutuellement suivre les membres des deux associations. Je résume ici certains sommets et contrastes – et souhaiterait vous entraîner dans les virages en épingle à cheveu d'un parcours ébouriffant.*

Unabhängig davon – die aktive Teilnahme hat sich sehr gelohnt. Let's go!

## Hausärztinnen oder Hausärzte?

Die für die Hausarztmedizin erforderlichen Fähigkeiten – Personen- und Familien-zentriertes umfassendes Vorgehen, Care, Empathie ... – entsprächen eher der weiblichen als der männlichen Persönlichkeitsstruktur, lautete die provokative Botschaft von Frau May Cohen<sup>1</sup> zum Auftakt des Kongresses. Die universitären Machtstrukturen seien aber, trotz zunehmender Zahl von Ärztinnen, auch heute noch durch eine männliche Prädominanz geprägt. Die FFM (female Family Medicine) sei die Zukunft der Family Medicine. Dazu müssten sich jedoch sowohl die Frauen wie die Männer noch erheblich ändern. Meine persönliche Erfahrung ist, dass durchaus auch viele männlichen Hausärzte diese «weiblichen» Qualitäten aufweisen.

<sup>1</sup> Women as Leaders in Tomorrow's Health Care; May Dohen, M.D., Toronto, Ontario, Canada.

## Hausarzt- oder Spezialmedizin-basierte Gesundheitssysteme?

Länder mit hausarztbasierten Gesundheitssystemen seien effektiver, gerechter und in vielen messbaren Outcome-Parametern besser als jene, die auf der Spezialmedizin aufbauen, zeigte Frau Barbara Starfield<sup>2</sup> anhand epidemiologischer Statistiken unter anderem über die Kinder- und Wochenbettsterblichkeit. Ähnliche Beweise für die Spezialmedizin gebe es nicht. «*Family medicine must lead, not follow.*» Tut sie das? – Das fragen sich viele!

## Ethik in der Hausarztmedizin

Die ethische Haltung steht über jeder ärztlichen Tätigkeit. Ich möchte ihr deshalb die erste Kurve auf der Achterbahn widmen.

Wie kann Ethik den Studenten vermittelt werden, explizit als eigenes Fach oder implizit als eine alle Fächer durchfließende Schulung des Bewusstseins um ethische Implikationen, wollte Manfred Maier<sup>3</sup> wissen. Und wie ist es prüfbar, ob der künftige Arzt diese ethische Fähigkeit genügend entwickelt hat? Ist es ethisch, einen Studenten erst am Ende des Studiums an dieser Frage scheitern zu lassen? Welche Wege gibt es, Studenten mit Schwierigkeiten in ethischen Fragen frühzeitig zu erfassen, allenfalls intensiver zu schulen oder nötigenfalls auszuschliessen? Längerfristige Beobachtungen der Studierenden in Hausarztpraktika scheinen deren Fähigkeiten recht zuverlässig zu erfassen; allerdings ist dies eine weiche und Bias-gefährdete Methode.

Die Special Interest Group der Wonca sammelt Fallbeispiele zu alltäglichen ethischen Fragestellungen. In einem lebhaften Workshop<sup>4</sup> diskutierten KollegInnen aus verschiedenen Kontinenten über die Fallgeschichte einer Hausärztin aus Hong Kong: Ein 15-jähriges, also minderjähriges Mädchen verlangte, nach Geschlechtsverkehr mit einem über 18-jährigen, also erwachsenen Mann, die «Pille danach» –

in Begleitung einer Freundin und ohne Wissen der Eltern. Ein europäischer – nicht Schweizer – Kollege geriet in ein ganz anderes ethisches Dilemma: Er sollte für die administrativen Organe beurteilen, ob ein abgewiesener Asylsuchender genügend gesund sei, dass dessen Unterstützung auf das Lebensnotwendigste reduziert werden könne. Die Verweigerung der Auskunft wurde als Bejahung der Frage beurteilt. Der Asylsuchende wurde mit der – innerhalb der Gruppe der Asylsuchenden diskriminierenden und stigmatisierenden – Massnahme bestraft. Eine ärztliche, positive oder negative, Stellungnahme hätte dem betroffenen Menschen möglicherweise geholfen, hätte aber grundsätzliches Mitwirken an dieser inhumanen Massnahme bedeutet; – ein «double bind». Beide Beispiele zeigen die Spannungsfelder zwischen dem ärztlichen Auftrag der Hilfe für den einzelnen Menschen, dem *primum nil nocere*, dem Arztgeheimnis, den gesellschaftlichen Regeln und gesetzlichen Vorgaben sowie der Gefahr einer missbräuchlichen Instrumentalisierung der ärztlichen Tätigkeit durch staatliche Institutionen – zu Ende gedacht: Abu Grahib ...

Allgemeingültige Antworten scheint es nicht zu geben.

---

**Jede Lösung muss im Einzelfall erarbeitet werden. Wichtig für uns ÄrztInnen ist es, uns der in allem unserem ärztlichen Handeln inliegenden ethischen Fragestellungen ständig bewusst zu sein.**

---

## Weltweite Verantwortung der HausärztInnen – die infektiösen Krankheiten – Armut / Krankheit<sup>5</sup>

«Das Wohlergehen der Gesellschaft ist abhängig vom Wohlergehen der einzelnen Menschen»<sup>6</sup>. Die Hausärzte sorgen für das Wohl eines Grossteils der Menschen und stehen somit mitten im Geschehen und in der Verantwortung. Die Wonca fördert und unterstützt die Hausärzte der ganzen Welt – in ihrer Tätigkeit, Lehre und Forschung – durch ihre Arbeitsgruppen, Task Forces, Special Interest Groups, durch internationale Zusammenarbeitsprojekte, durch ihre Website [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com), Guidebooks<sup>7</sup> und Kongresse sowie durch emotionalen Support; oft in Zusammenarbeit mit der WHO. HausärztInnen, die sich ob ihrer Arbeitslast nicht in grossen Organisationen eingeben können, leisten auch ihren Teil für die Welt als Ganzes, indem sie sich neben den Kranken auch um die Pflegenden von Hilfsbedürftigen kümmern; indem sie die Menschen

2 Worldwide issues in Primary Care; Barbara Starfield, M.D., MPH, Baltimore, Maryland, USA.

3 Manfred Maier, a.o. Professor für Hausarztmedizin an der Medizinischen Fakultät in Wien, Co-Chair der Wonca Special Interest Group on ethical issues.

4 Ethical Dilemmas in General Practice, Workshop moderiert durch Professor Dr. med. Manfred Maier, Wien, Österreich.

5 Family Medicine and the Health of Nations: How Family Doctors Care for the World; Professor Bruce Sparks, president of Wonca 2004 – 2007, Johannesburg, South Africa.

6 Wealth of Nations, Adam Smith.

7 Z.B. das Guidebook "Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine", das in Zusammenarbeit von WHO und Wonca 2002 publiziert worden ist. Erhältlich beim Wonca-Sekretariat für rund 20 \$ [admin@wonca.com.sg](mailto:admin@wonca.com.sg).

lehren, bei ihren Kindern die wichtigsten Zeichen gefährlichen Krankseins zu erkennen und ernst zu nehmen: Lethargie, Fieber, Krämpfe, Somnolenz ... Wonca unterstützt die Vereinten Nationen beim Umsetzen ihrer Millenniumsziele, beim Kampf gegen HIV/AIDS<sup>8</sup>, Tuberkulose, Malaria – die bedeutendsten übertragbaren Krankheiten. Vor allem HIV/AIDS dezimiert im südlichen Afrika – noch mehr als an vielen anderen Orten der Welt, und auch dort vorwiegend, wo Armut herrscht – die aktive und tragende Bevölkerungsschicht mit verheerenden Folgen.

---

**AIDS in Afrika: sinkende Lebenserwartung, fehlende Arbeitskraft, Verarmung der Familien und Hinterlassen von Frühwaisen mit zusätzlich schwerer Beeinträchtigung derer Zukunftsperspektiven: Armut, Krankheit, Kriminalität und Prostitution ... die bekannte Armutsfalle.**

---

Frühtestung auf HIV sei – neben Information über die Prävention – wichtig, damit die betroffenen, soweit wie möglich, der Therapie zugeführt werden können, damit sie länger leben und der Gesellschaft länger gesund erhalten bleiben. Eine wichtige Aufgabe für die Hausärzte in diesen Ländern: Information und Motivation. Dabei müssen sie sich oft einen mühsamen Weg schlagen zwischen den überall offen oder versteckt wirkenden Hindernissen durch Finanzinteressen und Bürokratie.

### **Diskrimination – Selbsthilfe aus dem Teufelskreis**

Die Diskrimination sei eine der wesentlichsten Wurzeln des Teufelskreises von Armut, Krankheit und Elend<sup>9</sup>, rüttelte die temperamentvolle Hausärztin aus Venezuela das Plenum auf. Diskrimination in allen ihren Spielformen vom gleichgültigen Wegschauen über gewinnorientiertes Nichtstun oder Widerhandeln bis zum aktiven Ausschliessen. Die Malaria beispielsweise könnte schon längstens besiegt sein, wenn es sich dabei nicht um eine Krankheit vor allem der armen Entwicklungsländer handeln würde, bei denen nicht genügend Gewinne zu erwarten seien. Das Problem des Kinder dahinraffenden schmutzigen Trinkwassers bleibe wegen fehlender Information der Leute und mangelnder Technologie brutal weiter bestehen. Die Diskrimination und krankmachende Armutsfalle schlugen auch bei aus Südamerika in die USA emigrierenden Menschen erbarmungslos weiter zu. Denn mit grösster

Wahrscheinlichkeit landeten diese dort wiederum hoffnungslos in Armutsvierteln, beispielsweise in der Bronx, wo – aufgrund der gleichen Mechanismen wie zu Hause – HIV/AIDS, morbide Adipositas anstelle der Unterernährung sowie Nikotinabusus unter den Latinos noch viel verheerender wüteten als zu Hause und anderswo auf der Welt.

Frau Bracho will nicht nur anklagen, sie stellt auch ein hoffnungsvolles und bezahlbares, unabhängig durchführbares Selbsthilfeprojekt aus Venezuela vor. Die Schulkinder, denen die Zukunft gehört, werden spielerisch intensiv über die Grundregeln gesunden Verhaltens geschult und zu Botschaftern für gesundes Leben in ihren Familien und Gemeinden ausgebildet. Dadurch soll ihr in der Schule gelerntes Wissen in einem Schneeballsystem auf die erwachsene Bevölkerung übertragen werden. Chapeau!

### **Spannungsfeld zwischen armer und reicher Welt<sup>10</sup>**

Bedenkenswert sind folgende Sätze aus T. G. Evans Vortrag: Die Kindersterblichkeit nimmt weltweit um 4% pro Jahr ab; doch die Lebenserwartung ist, wie sich aus den obigen Abschnitten leicht ableiten lässt, sehr viel schlechter in sozioökonomisch schlechter gestellten Ländern und in den benachteiligten Bevölkerungsschichten innerhalb eines gegebenen Landes. Die Verfügbarkeit einer guten medizinischen Versorgung ist in der Regel umgekehrt proportional zum Bedarf. Die Anzahl Menschen, die in Gesundheitsberufen benötigt werden, bewegt sich parallel zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Umgekehrt wirkt sich der Abbau von Leuten mit Gesundheitsberufen entsprechend negativ aus.

---

**Ein Abwerben, wie es heute teilweise aktiv betrieben wird, durch reiche Länder von Health workern aus Ländern, in denen diese dringender nötig wären, ist streng unmoralisch.**

---

8 AIDS in Africa and Around the World; Dr. Godfrey Sikipa, Zimbabwe and Chapel Hill, North Carolina, USA.

9 Discrimination as a Worldwide Health Issue; America Bracho, M.D., Venezuela and Santa Ana, California, USA.

10 Family Doctors in the 21st Century: Embracing the Global Health Imperative; Timothy G. Evans, M.D., Ph.D., Ottawa, Ontario Canada and Geneva, Switzerland.

## Gesundheitsverhalten und Prävention – die nicht übertragbaren Krankheiten<sup>11</sup>

Die nächste Kurve auf der Achterbahn führt uns zurück in die Wohlstandsgesellschaft mit ihrer weitgehend anderen Situation. Hier nehmen, mehr als in den Entwicklungsländern, die chronischen alterskorrelierten Krankheiten zu; andererseits grassieren aber auch die nicht übertragbaren, weitgehend Lifestyle-bedingten und grundsätzlich vermeidbaren Krankheiten und nehmen rapid zu – wiederum vorwiegend unter den niedrigen sozioökonomischen, benachteiligten und / oder diskriminierten Bevölkerungsgruppen.

Übergewicht, Rauchen, Bewegungsarmut nehmen ein epidemisches Ausmass an, besonders auch unter Jugendlichen, mit parallel dazu ansteigender Morbidität an Diabetes mellitus, Hypertonie und Hyperlipämie mit allen fatalen kardiovaskulären und sozioökonomischen Folgen.

Mit relativ einfachen Mitteln könnte eine enorme Verbesserung bewirkt werden: Kontrolle von Essen und Alkoholkonsum, regelmässige Bewegung, Vermeiden von Tabak. Doch die ungünstigen Verhaltensweisen sind tief in der Bevölkerung verankert. Der Hausarzt steht mitten in diesem Umfeld, in welchem die global grundsätzlich gleichartigen präventiven Massnahmen in lokoregionalen Projekten umgesetzt werden sollen.

### Gefragt sind integrative Präventionsprojekte, einfache Massnahmen, die an einer zentralen Stelle des Geschehens wirken und alle nichtübertragbaren Krankheiten gleichzeitig günstig beeinflussen.

Die Gewichtsreduktion beispielsweise sei zur Absenkung der Erkrankungen an Diabetes mellitus wirksamer als Medikamente.

Neue Forschungsergebnisse<sup>12</sup> vergrössern das Verständnis über die molekularen Ereignisse in der Fett-

zelle erheblich. Im Gegensatz zur Adipositas-fördernden Trägheit fettleibiger Menschen herrscht im intrazellulären Bereich eine erstaunliche Dynamik. Cannaboiden Rezeptoren scheinen eine erhebliche Rolle für die Entwicklung der Adipositas zu spielen – ein Ansatzpunkt für die Schaffung neuer Medikamente? Doch trotz dieser vielversprechenden Hinweise bleibt der Speaker – ein Schwarzer, der zu Zeiten der Rassendiskriminierung in den USA aufgewachsen ist – mit einem wunderschönen Satz seines Vaters auf dem Boden der Realität: «*The only way to stay out of trouble is to avoid it.*» (Dad 1955).

## Raucherentwöhnung<sup>13</sup>

Die Bemühungen der WHO und der Task Force der Wonca sind weltweit enorm und haben auch einen positiven Einfluss auf unser Schweizerisches Antiraucherprojekt «Let it be». Aber auch die Gegenkräfte zur Umwerbung vor allem junger RaucherInnen sind massiv ausgebaut worden. Die Nichtraucherzonen im öffentlichen Raum werden zwar ständig erweitert, doch kann oder will die meist finanziell knapp dotierte öffentliche Hand auch die Werbung der finanzgewaltigen Zigartetten-produzierenden Industrie zurückdrängen?

Nikotin macht massiv abhängig<sup>14</sup> – mehr noch als Heroin! Es aktiviert das dopaminerge System auf eine spezielle Weise, die sogar gedanklich antizipiert werden kann, wie der Speichelfluss in Erwartung eines guten Essens – und dadurch die Abhängigkeitsentwicklung zusätzlich verstärkt. Weiter abhängigkeitsfördernd wirkt, dass die Zigarette ein hoch wirksames, schnelles und zuverlässiges Inkorporationsinstrument für diese Noxe ist. Die Empfindlichkeit der einzelnen Menschen auf diese Effekte ist individuell.

Das Wissen um diese wissenschaftlichen Zusammenhänge sowie das Fach «public health» sollten in der Aus- und Weiterbildung der künftigen ÄrztInnen gefördert werden.

## Wie fit sind die HausärztInnen? – HausärztInnen als Vorbilder<sup>15</sup>

Leben Ärzte gesünder als die durchschnittliche Bevölkerung, wollte die AAFP vor einem Jahr wissen. Sie hat deshalb an ihrem Kongress 2003 bei einer grossen Zahl von Teilnehmern den BMI bestimmt und mittels eines einfachen Fragebogens, in Selbstdekloration, das Ausmass deren Bewegungsaktivität erhoben. Die wissenschaftliche Auswertung dieser Daten zeigt, dass Ärztinnen und Ärzte insgesamt tat-

11 Health Behaviour and Disease Prevention: Primary Care and Community Perspectives; Dr. Pekka Puska, Helsinki, Finland.

12 Chronic Disease: From Molecules to Policy; James Gavin III, M.D., Ph.D., Atlanta, Georgia, USA.

13 Special Focus Presentation – World Forum on Tobacco Prevention and Cessation; Steven Schroeder, M.D., USA; Michael Boland, MICGP, FRCGP, Ireland; Richard J. Botelho, M.D., USA; Thomas Houston, M.D., USA; Jeffrey J. Cain, M.D., USA.

14 A Civic and Scientific Role for Family Doctors in the Promotion of global Tobacco control; Sean David, M.D., Oxford, UK and Providence, Rhode Island, USA.

15 How fit is our specialty? Workshop moderiert durch James Galihier, Angela de Julius.

sächlich etwas weniger fett sind und sich etwas mehr bewegen als die Durchschnittsbevölkerung. Da wie dort sind 40% normalgewichtig und 60% übergewichtig (BMI 25–30) oder adipös (BMI >30); die Ärzte sind jedoch seltener adipös. Ebenfalls 60% der Ärzte bewegen sich nicht genug. Nachfolgeuntersuchungen sollen zeigen, ob die Ärzte aufgrund dieser Intervention fitter werden und ob sich das auf ihre PatientInnen günstig auswirkt.

Die Idee hinter diesem Unterfangen ist, dass die Ärzte mit der eigenen Verhaltensänderung beginnen sollen und mit ihrem guten Beispiel ihre PatientInnen zu einem gesünderen Leben motivieren können. Bei eigener Erfahrung sollte die entsprechende Beratung eher und glaubwürdiger in die Sprechstunde einbaut werden können. Darunter werden folgende drei Massnahmen verstanden: sportliche Aktivität, gute Ernährung, emotionales Wohlbefinden. Sich genügend zu bewegen heisst: 3mal pro Woche 20 Minuten intensivere Tätigkeit oder 5mal pro Woche 30 Minuten mässige Bewegung. 100 Kalorien sollten täglich eingespart werden.

Die ganze Geschichte wird begleitet mit unterstützenden Tools für die Patienten und Wettbewerbspielen für die partizipierenden ÄrztInnen ...

### **Gewichtskontrolle ohne Diät – Diät Nummer 10001?<sup>16</sup>**

Der neue Trend, der Epidemie der Fettleibigkeit – und diese ist in den USA bekanntlich (noch) viel imposanter als bei uns in Europa – zu begegnen, entfernt sich von rigiden Diäten; in der Annahme und Hoffnung, dass dadurch die nötigen Verhaltensänderungen besser internalisiert werden können und dass der sich leider oft einstellende Yo-Yo-Effekt ausbleiben wird.

Michelle May unterscheidet drei Gruppen. Die *«instinctive eaters»* essen, wenn sie Hunger haben; schauen kaum darauf, was sie essen; hören wieder auf zu essen, wenn sie ein Sättigungsgefühl spüren. Für sie ist Essen kein Thema; und sie bewegen sich aus Freude. Die *«overeaters»* sind ausser Kontrolle. Ihr Essverhalten ist oft durch emotionale Faktoren

getriggert. Bewegung ist nicht ihr Ding. Die *«restrictive eaters»* fühlen sich nur dann gut, wenn sie strenge Diäten einhalten. Abweichungen sind von einem schlechten Gefühl und Selbstbestrafungsmassnahmen gefolgt. Sie bewegen sich zum Zweck der Gewichtskontrolle. Beide letztgenannten Gruppen unterscheiden zwischen «guten» und «schlechten» Nahrungsmitteln und unterziehen sich allen möglichen Diäten.

Die drei Gruppen teilt sie mit einem einfachen Fragenkreis ein: *Warum, wann, was, wie, wie viel, wo essen Sie?* Das Ziel ist es, wieder zu lernen, die Körpergefühle zu respektieren, äussere Trigger zu erkennen, auf sein Wohlbefinden zu achten und so allmählich wieder zu einem instinktiven Essverhalten zurückzufinden.

Natürlich gibt es eine Website, Telefonberatungen, Medienauftritte und ein in diesen Tagen erscheinendes Buch. Manchmal kam ich mir, trotz aller guten Aussagen, wie in einer eineinhalbstündigen TV-Werbesendung vor.

### **Aufbau von primärmedizinisch orientierten Gesundheitssystemen<sup>17</sup>**

Bei allen diesen epidemischen Hauptkrankheiten der Weltbevölkerung seien es die übertragbaren infektiösen oder nicht übertragbaren sogenannten Wohlstandskrankheiten, sei es in den Entwicklungsländern oder in der «westlichen» Welt, steht der Hausarzt den Leidenden am nächsten. Dies ist ein nicht wegdiskutierbarer Fakt!

Die Aussagen der TeilnehmerInnen an diesem Roundtable-Gespräch zeigen, dass trotz diesem Fakt der Aufbau von hausarztgestützten Gesundheitssystemen vor allem dort zu gelingen scheint, wo die Entscheidungsträger der Regierung persönlich ein gutes Vertrauen in die Hausarztmedizin entwickelt haben. Persönliche vertrauensbildende Beziehungen zwischen den führenden Vertretern der Hausarztmedizin und der Regierung scheinen eine gerade so grosse Rolle zu spielen wie die reinen Fakten, die überall auf der Welt in gleichem Mass für die Hausarztmedizin sprechen würden. Politische Wirren können sich auf eine solche Entwicklung immer wieder sehr störend auswirken.

<sup>16</sup> Am I Hungry? An Innovative Approach to Weight Management; ein Workshop unter Moderation von Michelle May.

<sup>17</sup> Starting Family Medicine in a Country: Stories from the Front Line – Professor Nandani de Silva, Sri Lanka; Professor Pham Huy Dung, Vietnam; Dr. Ryuki Kassai, Japan; Dr. Abra Fransch, Zimbabwe; Pablo G. Blasco, M.D., Ph.D., Brazil; Associate Professor Yuan

---

**Lehrstühle für Allgemeinmedizin gibt es, trotz unterschiedlicher Bedeutung der Hausarztmedizin, in fast allen Ländern dieser Welt!**

---

### Der Brasilianische Weg – ein Schweizer Weg?

Brasilien geht einen ganz speziellen – bottom up – Weg zur Förderung der Hausarztmedizin. Die hausärztliche Fakultät bietet den Studierenden spezielle hausärztliche Veranstaltungen an und vergibt dafür eigene Credits – «GP Miles». Neben der Vermittlung spezifischer Lerninhalte gibt es für diese Gruppe auch besonders attraktive Freizeitgestaltungsmöglichkeiten. Dadurch wird die Hausarztmedizin vom Beginn des Studiums weg zu einem rundum attrak-

tiven Gebiet. Die angehenden HausärztInnen wachsen zu einer «verschworenen» Gruppe von Freunden zusammen, so dass sie nicht – wie sonst überall auf der Welt und in der Schweiz – mit zunehmender Dauer der Aus- und Weiterbildung von ihrer ursprünglichen Idee, Hausärztin zu werden, in spezialärztliche Berufe abdriften ...

---

Dr. med. Bruno Kissling  
Elfenuweg 6  
CH-3006 Bern  
kissling@primary-care.ch

## Apropos

«The challenge for the future is to ensure the development of GP practices so that the current situation of overcrowding in outpatients departments and inappropriate use of secondary care can be minimised. Complex patient care needs to be accessible and personalised. GPs are the best people to deliver that care, now and in the future.» Prof. Avid Haslam, chair of the Royal College of General Practitioners RCPG

Wonca News Volume 30, Number 6, December 2004; <http://www.globalfamilydoctor.com>

BK